

Warum akzeptieren Eltern so bereitwillig die Diagnose ADHS? Kritische Diskursanalyse eines boomenden Deutungsangebotes

Weissensteiner, Rosmarie; Slunecko, Thomas

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Weissensteiner, R., & Slunecko, T. (2014). Warum akzeptieren Eltern so bereitwillig die Diagnose ADHS? Kritische Diskursanalyse eines boomenden Deutungsangebotes. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 38(2), 103-120. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56629-9>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Rosmarie Weissensteiner & Thomas Slunecko

Warum akzeptieren Eltern so bereitwillig die Diagnose ADHS?

Kritische Diskursanalyse eines boomenden Deutungsangebotes

Die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit- bzw. Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist wohl die kinderpsychiatrische ›Erfolgsgeschichte‹ des letzten Jahrzehnts. Im vorliegenden Beitrag beschäftigen wir uns mit der Situation ›betroffener‹ Eltern und gehen dabei insbesondere der Frage nach, warum diese das Deutungsangebot ADHS ohne weiteres akzeptieren, ja oft nachgerade darum anstehen. Die hier vorgestellten Ergebnisse einer kritischen Diskursanalyse eines ADHS-Internetforums geben dazu Einblicke in die Lebenswelten der Eltern und zeigen, dass diese das Deutungsangebot ADHS im Kontext gesellschaftlich geforderter Erziehungserwartungen, über die Akzeptanz der Diagnose zugänglich werdender Hilfsangebote und nicht zuletzt auf Grund der damit einhergehende eigenen ›Entschuldung‹ nur schwer ausschlagen können.

Schlüsselwörter: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, ADHS, Elternperspektive, Kritische Diskursanalyse

Problemzugang

Die sogenannte Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist heute die weltweit meist verbreitete psychiatrische ›Störung‹ des Kindesalters. Infolge mangelnder Eindeutigkeit der die ›Störung‹ definierenden Symptome – Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität –, der Inkonsistenz des diagnostischen Prozesses und insbesondere aufgrund der medikamentösen Behandlung ist sie zwar eine der umstrittensten Diagnosen, doch trotz heftiger Kontroversen in der Kinderpsychiatrie heute weitgehend akzeptiert. Dies zeigt sich nicht nur an der im vergangenen Jahrzehnt rapide gestiegenen Anzahl von ADHS-Diagnosen, sondern auch in dem diesen Anstieg begleitenden steigenden Konsum von Stimulantien wie Ritalin. Hinter der zunehmenden Pathologisierung von

Kindern und Jugendlichen stehen ja handfeste Interessen der mit der Psychiatrie verstrickten Pharmaindustrie.

Entsprechend der biomedizinischen Ausrichtung der Psychiatrie basiert die Diagnose ADHS auf der Kategorisierung kindlicher Verhaltensweisen in ›pathologisch‹ und ›gesund‹ bzw. ›normal‹ und ›abnormal‹. Normalitätsvorstellungen sind bekanntlich keine ahistorischen Konstanten sondern entfalten sich im Kontext spezifischer gesellschaftlicher Lagen bzw. bekommt die Rede von Normalität an sich erst in einer bestimmten historischen Situation Konjunktur (vgl. etwa Keupp, 1979; Link, 1997; Baumann, 2005). Unser Zugang zum Phänomen ist denn auch ein kritisch-sozialwissenschaftlicher, der sich metatheoretisch an Michel Foucault (2001, 2004, 2005) bzw. dem Wiener kulturpsychologischen Ansatz (Slunecko, 2008) und method(olog)isch an der Diskurstheorie Siegfried Jägers (Jäger, 2009) orientiert. Demgemäß fassen wir ADHS als eine diskursive Formation, die nur aus ihrer kulturellen und historischen Lagerung heraus verständlich werden kann. Das ›Wissen‹ über ADHS wird in diskursiven Praxen – wissenschaftlichen Arbeiten, journalistischen Veröffentlichungen, Alltagsdiskussionen – verhandelt; aber auch nicht-diskursive Praxen (Erziehungsmaßnahmen, Maßnahmen der medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlung) und materielle Verfestigungen (wie spezielle Schulen für ADHS-Kinder, Medikamente oder Klassifikationssysteme) sind Teil des ADHS-Dispositivs.

Aus dieser kritischen Grundperspektive heraus interessiert uns die breite Akzeptanz dieser Pathologisierung- und Behandlungspraxis seitens ›betroffener‹ Eltern. Die hohe Anzahl an ADHS-Diagnosen spricht ja nicht zuletzt für deren hohe Bereitschaft, sich einem Wissen zu unterwerfen, das sie – wiewohl mit der Geste des Helfens vorgetragen – letztlich von ihren Kindern entfremdet und diese dem psychiatrischen Pathologisierungsdiskurs überantwortet. Wir interessieren uns also dafür, wie sich der – primär biomedizinisch orientierte – ADHS-Wissenschaftsdiskurs in den Alltagsdiskurs umsetzt. Wodurch erklärt sich die Zustimmungsbereitschaft der Eltern zu dieser umstrittenen Diagnose (und deren sozialen und medikamentösen Folgen)? Innerhalb welcher diskursiven Spiele wird diese Zustimmung erzeugt? Wie lässt sich diese Passung verstehen?

Warum kann der wissenschaftliche Spezialdiskurs die Lebenswelt an dieser Stelle derart leicht durchdringen und re-orientieren?

Logische Konsequenz dieses unseres Forschungsfragens war die Suche nach einem Ort, an dem Eltern von (als) ADHS-(diagnostizierten) Kindern über ADHS kommunizieren. Diesen Ort fanden wir in einem sehr stark frequentierten Internetforum, dem *Andersweltforum*¹, einer Art virtueller ADHS Selbsthilfe Community für Betroffene und Angehörige mit über 10.000 registrierten *userInnen*, eine der größten einschlägigen deutschsprachigen Sites. Angesichts des überwältigen Datenmaterials war eine Fokussierung des Samples bzw. ein klarer Analysefokus nötig: untersucht wurden nur Postings, die einen Thread in dem Forum eröffnet haben, da diese meist besonders *salient* sind (weil sich die schreibenden Personen hier der Internetgemeinschaft vor- und ihre Lage mitunter sehr ausführlich darstellen) und jedenfalls klar machen, ob Eltern oder Kinder schreiben. In den Analysekorpus wurden nur Diskursfragmente von Eltern aufgenommen und zwar nur von Eltern, die ADHS grundsätzlich affirmieren, also keine Fundamentalkritik an der psychiatrischen Deutungsstrategie üben (was in diesem Forum ohnehin überraschend wenig geschieht). Auch mussten der Zeitraum auf Februar bis März 2012 beschränkt werden. Der Datenkorpus umfasste schlussendlich 362 Postings (210 davon wurden offenbar von Müttern, 4 von Vätern verfasst, bei 148 Beiträgen deklarierten sich die Schreibenden nur als Elternteil; einzelne Personen lieferten mehrere Eröffnungsbeiträge), die für die weitere Analyse in das Textanalyseprogramm *MAXQDA 10* importiert und thematisch codiert wurden. Durch die Häufigkeiten der Codierungen ergaben sich besonders relevante Themengebiete (etwa ›Aggression‹, ›Schulklima‹, ›Freundschaften‹, ›Konzentration‹ etc.), entlang derer sich die ausführliche Darstellung dieses Projektes von Weissensteiner (2013) orientiert. Bei diesem Arbeitsschritt konnten auch schon Postings für eine feinanalytische Arbeit identifiziert werden, etwa solche, bei denen Diskursstrankverschränkungen deutlich wurden. Auf dieser Basis setzte eine kombinierte Struktur- und Feinanalyse an, bei der relevante Ober- (z. B. ›Verhaltensprobleme der Kinder‹ und ›Hilfesuche bei ExpertInnen‹) und Unterthemen bzw. Diskursstrangverschränkungen beschrieben und

dafür möglichst typische Diskursfragmente identifiziert und feanalytisch interpretiert wurden.

Auffällig und anders – die Problematisierung von Verhaltensweisen

Der untersuchte Diskurs ist insgesamt ein *Problemdiskurs*, d. h. er ist besonders durch Problembeschreibungen geprägt, bei denen Schwierigkeiten der Kinder entweder direkt oder indirekt (aus Reaktionen des Umfeldes auf Verhaltensweisen der Kinder) thematisiert werden. Entsprechend werden kontextuelle Bedingungen v. a. in den Institutionen Schule und Familie angesprochen. In den Postings wird dabei insbesondere deutlich, dass über die Zuschreibung unbestimmter – weil keine konkreten Eigenschaften benennender – Attribute wie *auffällig*, *anders* und *speziell* Kinder jeweils im Vergleich zu ›Anderen‹ betrachtet und auf diese Art in unbestimmter Weise von ›Anderen‹ unterschieden werden. In Aussagen wie: »*Meine Tochter ist seit sie laufen kann sehr auffällig gewesen*« bleibt dabei vorerst unklar, wie sich die Kinder im Vergleich zu anderen unterscheiden oder auffallen. Ersichtlich wird dabei lediglich, dass ein grundlegender Vergleichs- und Bewertungsprozess durch die Eltern stattfindet und eine Unterscheidung und damit Abgrenzung zu anderen, weniger auffälligen Kindern impliziert wird.

Beschreibungen der Kinder als *extrem anstrengend*, *extrem schwierig*, oder *unerträglich* machen deutlich, dass die Unterscheidung vor allem über das Empfinden der Eltern oder des Umfelds getroffen wird. Auch diese Attribute beschreiben das Verhalten der Kinder nicht explizit, sondern indirekt über negative Empfindungen, die durch das Verhalten der Kinder bei beteiligten Personen ausgelöst werden. Es ist das Umfeld, das das Verhalten der Kinder als anstrengend, schwierig oder auch angsterregend, z. B. als *tickende Zeitbombe* und in anderen Metaphern des Kampfes beschreibt. Auch eine Nomination wie *Sorgenkind* referiert auf das Empfinden der Eltern oder des Umfelds dem Kind gegenüber (nicht das Kind selbst ist besorgt, sondern die Eltern haben Sorgen um ihr Kind).

Auch erweist es sich als eine Strategie des Diskurses, eine Dichotomie zwischen ›Normalität‹ und ›Anderssein‹, zwischen ›normalem‹ und ›problematischem‹ Verhalten herzustellen, so etwa bei dem Wunsch, *ein normales Leben führen zu können*, ein Wunsch, der implizit eine soziale Norm des angemessenen Lebens transportiert, der sich durch das problematische Verhalten des Kindes nicht realisieren kann.

Sobald die Beschreibungen konkret werden, dominiert das Thema ›Aggression‹ sowie der Aspekt des Unbeherrschbaren, der in mechanistischen Metaphern wie *ausrasten*, *ausflippen*, *durchdrehen*, *austicken* ausgedrückt wird, die nahelegen, eine Funktionsstörung mit technischen Mitteln zu beheben und insofern für eine medikamentöse bzw. eventuell auch für eine verhaltenstherapeutische Behandlung der Kinder sprechen. Im ›medikamentösen Diskurs‹ werden Kinder dann dementsprechend zu Objekten, die *umgestellt* oder *angeschubst* werden müssen.

Verbale Aggressionen wie *schreien*, *brüllen*, *beschimpfen* und *beleidigen* werden häufig als problematisch beschrieben, sowie physische Gewaltformen wie *knuffen*, *schubsen*, *boxen* oder *hauen*. Zudem werden häufig *Wutanfälle* oder *Wutausbrüche* als äußerst problematisch thematisiert: »*Das hat ihn soooooooooo geärgert, dass er raus sollte, so dass er mir meine Küchentür (Hartplastik) mit einem Tritt kaputt machte und wie wild schrie, habe so einen starken Wutausbruch noch nie erlebt*«.

Aggressives Verhalten wird weitaus am häufigsten beschrieben. Neben Beschreibungen von offener, d. h. nach außen gerichteter physischer und verbaler Aggression finden sich, wenn auch deutlich seltener, Darstellungen von autoaggressiven Verhaltensweisen wie Schmerz und Gewaltanwendungen gegen den eigenen Körper, Suizidgedanken und Suizidandrohungen: »*Letztens sagte er, dass nach dem nächsten Papa-WE nur noch 21 Kinder in der Klasse wären [...] – weil er sich dann vom Burgfelsen stürzen würde*«.

Auch unruhiges Verhalten wird häufig genannt und negativ bewertet. Kindern werden mit Attributen wie *unruhig*, *hibbelig*, *zappelig* und *wild* charakterisiert. Auch metaphorische Bezeichnungen wie *Wirbelwind* evozieren Bilder der Unruhe. Kinder könnten nicht *still sitzen*, wären von *innerer Unruhe* getrieben, *zu laut* oder würden *zu viel reden*. Deutlich

wird dabei v. a. auch der *elterliche* Wunsch nach Ruhe: »*Wenigstens fünf Minuten Ruhe*« ohne Lärm und lebhaftes Treiben der Kinder.

Seltener wird hypoaktiv-verträumt-trödelndes Verhalten als problematisch genannt, dies dann, wenn es der Erfüllung von Aufgaben im Wege steht, die von außen, v. a. vom Schulsystem, an das Familiensystem herangetragen werden, wenn also Eltern durch das Verhalten ihrer Kinder wiederum selbst Gefahr laufen, gesellschaftlich erwartete Rollenbilder und Anforderungen nicht erfüllen zu können. Wenn das Erledigen bestimmter Aufgaben, wie Anziehen, Frühstück, das Einnehmen der Medikation, gefordert und von Kindern zu langsam, unselbständig und nicht fokussiert durchgeführt wird. Wenn das Verhalten von geringer aktiver Partizipation am Umfeld gezeichnet und das primäre Augenmerk nicht auf das Erfüllen der vorgegebenen Aufgaben gerichtet ist. Die Problematik liegt in jedem Fall bei den Eltern und nicht bei den Kindern.

Ähnlich weisen Beschreibungen des kindlichen Verhaltens als *ungehorsam* auf eine Delegitimierung eines hierarchischen Eltern-Kind-Verhältnisses hin. Kinder würden etwa *nicht auf ihre Eltern hören* und sich den Aufforderungen der Erwachsenen durch Passivität, Aggression oder aktive Unmutsäußerungen wie *bocken, trotzen, schmollen, maulen, motzen* oder *diskutieren* entziehen. Eltern sehen sich durch den Ungehorsam ihrer Kinder, durch deren Aufbegehren den elterlichen Anweisungen und Regeln zuwider, mit dem Problem konfrontiert, gesellschaftlichen Normvorstellungen von elterlicher Autorität nicht genügen zu können und geraten unter Druck. Das problematische Verhalten der Kinder verweist also sehr stark auf Verhaltensnormen, die an die Eltern gerichtet sind. Es untergräbt die gesellschaftliche Erwartung an diese, ein Autoritätsverhältnis stabilisieren zu können. Statt jedoch die gesellschaftlichen Erwartungen und Bedingungen zu thematisieren und das eigene Rollenbild dahingehend zu hinterfragen, wird das Verhalten der Kinder zum Problem erklärt.

Eine analoge Dynamik ergibt und versteilt sich im Schulkontext; denn in ähnlicher Weise wird von den ADHS-Kindern auch die Autorität von Lehrpersonen untergraben. Folglich sind nicht Aggressionen *per se* Hauptthema der schulspezifischen Problemschilderungen, sondern Ver-

haltensweisen, die den Anforderungen des konventionellen Unterrichts entgegenlaufen: nicht still sitzen zu können, andere zu stören, oder aber auch sich nicht zu beteiligen bzw. sich nicht auf die vorgegebene Aufgabe konzentrieren zu können (wobei der Begriff Konzentration in den Postings eng mit spezifischen Lernanforderungen des autoritären und auf das abstrahierende Denken fokussierten Bildungssystems verknüpft ist). Die Kinder verhalten sich also den schulischen Vorgaben und Regeln zuwider und erfüllen den Leistungs- bzw. Lernanspruch nicht oder nur ungenügend, was von Lehrpersonen entsprechend problematisiert und sanktioniert wird. Dies zeigt sich in geschilderten Maßnahmen wie Strafen, Verboten, Drohungen bis hin zum generellen Ausschluss aus der Schule, vor allem jedoch in schlechten Leistungsbeurteilungen. Diese wiederum haben weitreichende Konsequenz für den weiteren Bildungsweg in einem gegliederten Schulsystem wie in Österreich und Deutschland und gerade deswegen einen so hohen Stellenwert für Eltern. Entsprechend wird problematisiert, dass Kinder aufgrund mangelnder Leistungen das *Schuljahr wiederholen* oder in eine andere *Schulform wechseln* müssen, wobei Schulformen, wie folgendes Zitat einer Mutter veranschaulicht, nicht als gleichwertig betrachtet werden: »*Und rutschte von Gesamtschule über Realschule schließlich auf die Hauptschule ab*«.

In diesem Kontext ist auch zu beachten, dass von der Schule Verfahren zur Ermittlung sonderpädagogischen Förderbedarfs eingeleitet werden können: »*Heute kam Junior aus der Schule mit einem Brief, in dem geschrieben stand, es wurde ein Antrag auf Prüfung zum sonderpädagogischen Förderbedarf gestellt*«. Indem die Schule eine derartige diagnostische Abklärung von (Lern)»Behinderungen« der Kinder ansetzen kann, wird sie gleichsam zu einer Vorfeldorganisation des ADHS-»Managements«. In einigen wenigen Fällen ist dieses von der Schule forcierte Andocken an den HelferInnendiskurs und die damit in Aussicht gestellte Betreuungszeit für die Eltern entlastend. Zumeist aber sind die Eltern über dieses Vorgehen der Schule verärgert bzw. verwundert. Sonderpädagogischer Unterricht steht ja letztlich für Leistungsversagen und mitunter für eine drohende Exklusion aus dem Regelschulsystem in Richtung Sonderschule.

Verzweifelt und erschöpft – Eltern in Erziehungsschuld

Nachdem es im Schulsystem strukturell nur begrenzt möglich und beabsichtigt ist, auf Bedürfnisunterschiede der Kinder einzugehen, bleibt als Konsequenz, Kinder den schulischen Regeln anzupassen. Sind die Erziehungs- bzw. Disziplinarmethoden der Schule erfolglos, wird das Problem an die Eltern herangetragen. In den Forumspostings berichten Eltern häufig davon, dass Lehrpersonen das Gespräch mit ihnen als Erziehungsberechtigte suchen, um sie über die Schulprobleme ihrer Kinder zu informieren. Sie erfahren so einerseits, dass das Verhalten ihrer Kinder im schulischen Kontext als Problem wahrgenommen wird, und andererseits direkt oder indirekt, dass sie als verantwortliche Personen für eine Veränderung zuständig und verantwortlich sind. Ihnen obliegt es, im familiären Umfeld so für die ›richtige‹ Erziehung der Kinder Sorge zu tragen, dass es im schulischen Bereich zu keinen Störungen kommt. Es geht hier nicht um Bedürfnisse der Kinder, sondern um Anpassung an gesellschaftliche (Bildungs)Normen. Der Elterndiskurs über ADHS zeigt sich ausgesprochen systemtreu. Gesellschaftliche Bedingungen und Anforderungen werden nicht in Frage gestellt, sondern Eltern versuchen im Gegenteil, trotz oder gerade wegen ihrer rebellierenden Kinder, dem System mit größter Anstrengung zu entsprechen und das verlangte Funktionieren der Kinder mit systemkonformen Erziehungsverhalten zu erwirken. Sie schildern Methoden wie beispielsweise Verstärkerpläne und Belohnungssysteme, mit denen sie ihre Kinder zu erziehen versuchen und fordern mit großem Engagement und Energie die Erfüllung schulischer Anforderungen von ihren Kindern ein.

Es fällt auf, dass Kinder im familiären Kontext im Grunde denselben Erwartungen entsprechen müssen wie im schulischen Kontext. Es gilt die Autorität der Erwachsenen anzuerkennen und die verlangten Aufforderungen, Regeln und Tätigkeiten, unabhängig von persönlichen Interessen und Motivationen, in einer gewissen Zeit zu erledigen. Kinder sollen sich ruhig, aber gleichzeitig aktiv mit den von ihnen erwarteten Aufgaben beschäftigen. Selbstdiszipliniertes Verhalten wird erwartet. Individuelle Bedürfnisse spielen eine untergeordnete Rolle, die Systemanforderungen

stehen im Vordergrund. Kinder sehen sich also nicht nur in der Schule, sondern auch in der Familie mit der Problematik konfrontiert, dass ihre Bedürfnisse nicht wahrgenommen, sondern im Gegenteil problematisiert werden. Denn Eltern im Diskurs über ADHS sehen das Verhalten ihrer Kinder nicht im Kontext situativer Gegebenheiten begründet und dementsprechend sinnhaft, sondern deuten das Verhalten ihrer Kinder systemkonform als anders, auffällig, nicht der Norm entsprechend und daher problematisch. Diesem Unverständnis und Anforderungsdruck begegnen die Kinder wiederum mit Aggressionen und Unruhe bzw. mit Passivität.

Die Eltern können diesen sich selbst verstärkenden Mechanismus nicht thematisieren. Für sie sind die Schwierigkeiten im familiären und schulischen Umfeld einfach belastend. Zahlreiche Beiträge thematisieren Gefühle der Verzweiflung, Erschöpfung und Überforderung auf Seiten der Eltern: *»Ich bin langsam mit meiner Kraft am Ende ... komme mir manchmal echt ausgeliefert vor und könnte nur los heulen!!!«*. In diesem Zusammenhang werden auch Selbstvorwürfe geäußert: *»ich habe schon das Gefühl, dass ich eine schlechte Mutter bin, ich kann einfach nicht mehr«*. Der gesellschaftlich zugeschriebenen Erziehungsverantwortung nicht gerecht werden zu können, führt zu großer Verzweiflung: *»Sitze hier schon den ganzen Morgen und überlege was mache ich falsch, was kann ich anders machen. [...] Warum klappt es bei anderen und bei mir nicht. [...] die Angst zu versagen die ist groß«*. Derart in einen Schuldiskurs verwoben, macht es für Eltern Sinn, die Problematik einseitig im Kind zu verorten.

Das biomedizinische Deutungsangebot und seine Versprechungen

Die kindliche Verweigerung der Konzentration bzw. andere Formen der Verweigerung, wie sie in die ADHS-Diagnose einfließen, bedeuten eine Verweigerung der Selbstdisziplinierung unter den Vorgaben der herrschenden gesellschaftlichen Bedingungen. Dies bildet sich in Alltagsdiskursen (wie dem untersuchten) nicht ab, lösen jene doch die Schuld- bzw.

Verursachungsfrage immer auf die Seite der Einzelindividuen oder der Familien hin auf. Der medizinisch-psychiatrische Diskurs stellt an dieser Stelle ein Deutungsangebot für die verzweifelte Eltern bereit – ADHS –, das diese nicht ausschlagen können. Erstens wird das Geschehen überhaupt benennbar. Zweitens unterstützt es das medizinische Krankheitskonzept, die Problematik im Kind zu verorten und somit zu *containen*. Wenn einmal das Verhalten des Kindes als Störung benannt ist, eröffnet sich drittens eine Palette von Hilfs- und Förderangeboten. Es darf also nicht verwundern, dass vom System zur Verzweiflung gebrachte Eltern nach dem Lösungsangebot des Systems greifen und damit endgültig von der Paradoxie des Systems verschluckt werden. Die bevorzugten Lösungsangebote dabei sind die bio-medizinischen Diskurse, die die Eltern in spezifischer Weise entlasten und zu einer psychosozialen ›Entschuldung‹ führen, wird doch die Ursache der Probleme im Kind selbst, d. h. in primär somatischen Prozessen verortet, und soziale oder psychologische Bedingungen weitgehend ausgeblendet. Wohl nicht zuletzt daher werden ADHS-kritische Positionen, die ja auch innerhalb des medizinisch-psychotherapeutischen Feldes artikuliert werden, so gut wie nicht aufgegriffen. Die Verweigerung einer ADHS-Diagnose durch den Psychiater oder Therapeuten führt vielmehr in aller Regel dazu, dass dessen Kompetenz bezweifelt wird!

Einer biomedizinischen Ursachendeutung folgend gilt die Behandlung der Kinder mit Psychopharmaka als zentrale Hilfsstrategie und wird dementsprechend auch im Eltern-Diskurs über ADHS als gängige Behandlungsmethode geschildert. Häufig erhalten Kinder nicht nur ein Medikament, sondern eine Kombination: »*Er hat ADHS und bekommt Concerta 18 mg und zusätzlich bei Bedarf 5 mg Ritalin*«. Aber auch diverse nicht-medikamentöse Therapieverfahren, allen voran *Ergotherapie*, werden als integraler Behandlungsteil diskursiviert. Den von den Eltern geschilderten Therapieverfahren, medikamentösen wie nicht-medikamentösen, gemeinsam ist die Orientierung daran, als defizitär oder symptomatisch bezeichnete Verhaltensweisen an bestimmten Verhaltensansprüche anzupassen. Auch bei den nicht-medikamentösen Therapieformen, die sich beispielsweise dem *Training der Konzentration*, der

sozialen Kompetenz, der Lese- und Rechtschreibfähigkeit etc. widmen, wird der inhärente Bezug zu schulischen Verhaltensansprüchen und deren Implikationen von Leistung und Wettbewerb deutlich.

Behandlungserfolge werden fast ausschließlich den pharmakologischen Interventionen zugeschrieben. Darstellungen positiver Wirkeffekte beziehen sich dabei vor allem auf Verbesserungen der Leistungen der Kinder hinsichtlich ihrer Schulnoten bzw. schulischer Anforderungen:

Mein Sohn bekommt seit Mitte Dezember 2011 Medikinet. Auf wundersame Weise (es ist unfassbar) bekommt er in der Schule nur noch 1en oder 2en. Aus dem Förderunterricht für Kinder mit Lernschwierigkeiten wird auf einmal Begabtenförderung. Zum erstenmal in seiner Schullaufbahn (3. Klasse) kann er seine Leistungsfähigkeit voll ausschöpfen.

Im Zusammenhang mit nicht-medikamentösen Interventionen werden höchstens leichte Verbesserungen oder gar keine Wirkeffekte beschrieben. Trotzdem werden nicht-medikamentöse Therapieverfahren von Eltern mitunter konkret eingefordert. Dies ist nur vordergründig paradox. Medikamente zeigen häufig nur ungenügende Wirkerfolge und/oder unerwünschte, teils gravierende Nebenwirkungen – *kein Appetit und Durst, Übelkeit, Bauchschmerzen, Wachstumsstörungen, Aggressionen, Schlaflosigkeit, Depressionen, Benommenheit, Müdigkeit, Ängste, Weinerlichkeit, Tics, Schwindel, Kopfschmerzen schwankende Pulsfrequenz und Herzstillstand* werden im Diskurs geschildert. Häufig ist daher schon die Entscheidung für Medikamente geprägt von der Angst vor Nebenwirkungen. Aufgrund der Unsicherheit des Behandlungsausgangs geht die Entscheidung für Medikamente oft mit einem gewissen Schuldgefühl auf Seiten der Eltern einher. Die Inanspruchnahme nicht-medikamentöser Interventionen in Kombination, aber auch Medikamentenpausen, die Verharmlosung von Medikamenten, aber auch die besondere Betonung positiver Wirkeffekte, bieten hier möglicherweise eine gewisse Entlastung.

Trotz der Sorge um Nebenwirkungen, der Sorge, Medikamente könnten nachteilig für die Kinder sein, nehmen Eltern die Pharmakotherapie

in Kauf. Sie halten sogar dann an einer medikamentösen Behandlung fest, wenn ungenügende Wirkerfolge oder unerwünschte Nebenwirkungen auftreten. Die dadurch erzeugte Verunsicherung kann in solchen Fällen kompensiert werden. Eltern zeigen sich oft als regelrechte Co-ExpertInnen des biomedizinischen Diskurswissens und beraten sich im Rahmen des Internetforums gegenseitig. Ihre Kritik richtet sich zunächst und zumeist gegen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und nicht gegen das Hilfsangebot an sich. Die Problematik zeigt sich erst dann, wenn die medikamentöse Behandlung tatsächlich keine befriedigende Hilfestellung bieten kann; wenn Kinder mit verschiedenen Medikamenten in unterschiedlichen Dosierungen über einen längeren Zeitraum behandelt werden und nur ungenügende Wirkeffekte eintreten und/oder wenn Kinder aufgrund der Medikation unter gravierenden Nebenwirkungen leiden. Die Unsicherheitsbereiche der medikamentösen Behandlung werden hier so deutlich, dass die Überzeugungen der Eltern ins Wanken geraten und damit die Deutungsmacht der medikamentösen Behandlung zu schwinden beginnt. Eltern zeigen sich hier in ihren Darstellungen mehr und mehr verunsichert und überfordert, beginnen schlussendlich am Behandlungsmodell zu zweifeln oder wenden sich ganz davon ab. Zudem werden an dieser Stelle wieder massiv Schuldgefühle geäußert: *»Ich bin total durcheinander, fühle mich schrecklich, dass ich meinem Sohn das ›angetan‹ habe!«.*

Der Druck der Schule auf die Eltern

Im Diskurs über ADHS zeigt sich jedenfalls, wie konkrete schulische und weniger konkrete gesellschaftliche Anforderungen Eltern massiv unter Druck bringen, ihrer Rolle nicht gerecht werden zu können, insofern sich Elternsein über die Verantwortung für das Entsprechen der Kinder gegenüber gesellschaftlichen Anforderungen definiert, wie sie v. a. durch die Institution Schule vermittelt werden. Diese spielt als zentrale Repräsentantin gesellschaftlicher Wert- und Normvorstellungen und daher auch als Produzentin gesellschaftlicher Anforderungen an Kinder eine entscheidende Rolle. Im deutschsprachigen Raum, auf den sich die Ana-

lyse bezieht, müssen alle Kinder bis zu einem gewissen Alter das Schulsystem durchlaufen, Eltern haben für die Einhaltung der gesetzlich geregelten Schulpflicht Sorge zu tragen, die Regeln des Schulsystems sind schwer änderbar. Sind im Kontext der Familie noch Variationen des regulierten Zusammenlebens möglich, dessen Gestaltung mehr oder minder den Eltern obliegt, so zeigen sich im Kontext Schule gesetzlich verankerte Strukturen, die relativ starre und homogene Vorgaben an Kinder produzieren. Das verpflichtende Regelschulsystem stellt ein gesellschaftliches Organ dar, das unabhängig von den Eltern Anforderungen an Kinder richtet und dabei gleichzeitig zur Bewertungsinstanz der Eltern wird. Denn entsprechen Kinder den geforderten Bildungserwartungen nicht, impliziert dies ein ungenügendes Entsprechen der Eltern in ihrer Rolle als Sorgetragende.

ADHS als Entlastung von der Schuldzuweisung

An dieser Stelle betreten die ExpertInnen, d. h. Psychiater und Psychiaterinnen die Bühne: Ihre Diagnosen führen oft zu Erleichterung und auch Entschuldungen der Eltern, außerdem öffnen sie die Türen zu psychosozialen Hilfsangeboten. Die professionelle Wahrnehmung durch das Medizinsystem und die Bestätigung der Problematik durch die Diagnose ADHS ist von Eltern daher erwünscht. Der Gang zum Experten oder zur Expertin des Gesundheitswesens und die professionelle Begutachtung der Kinder stellt eine fest verankerte Handlungsstrategie im Diskurs dar. Wird die von Eltern vermutete Diagnose von ExpertInnen nicht bestätigt oder verweigert, führt dies zu großer Enttäuschung. Abweichende ExpertInnenmeinungen werden von Eltern nicht aufgegriffen, sondern die fachliche Kompetenz und Autorität der behandelnden Personen in Frage gestellt. Vor allem von ExpertInnen geäußerte Kritik an der Erziehung wird besonders negativ aufgefasst, impliziert sie doch wieder eine Schuldzuweisung. Eine Forumsteilnehmerin schildert etwa voller Unmut ein Gespräch mit einem Therapeuten, das bei ihr den Eindruck hinterlässt *»dass er auch einer von der ›Sorte‹: man muss sein Kind nur erziehen, ADHS ist Quatsch, ist«*. Psychodynamische Erklärungsansätze werden

von betroffenen Eltern mitunter massiv abgewehrt. Es werden biomedizinische Erklärungen gefordert, auch wenn dies im Diskurs kaum explizit thematisiert, sondern gewissermaßen unausgesprochen vorausgesetzt wird. Eine Diagnose ist für Eltern im Diskurs über ADHS derart wichtig, dass sie mitunter regelrecht darauf bestehen, sich gegenseitig zu beraten wie dies zu bewerkstelligen sei und nach ExpertInnen suchen, die ihnen die gewünschte Diagnose bescheinigen:

Am 19.06. haben wir einen Termin bei einem KJP [Kinder- und Jugendpsychotherapeuten], der sich mit AD(H)S auskennt (Tipp von der Autismustherapeutin unseres Jüngsten, die einen erwachsenen ADHS-Sohn hat). Wenn der mir auch noch durch die Blume sagt, wir sind ›nur‹ erziehungs- und/oder kommunikationsunfähig, weiß ich nicht, was ich tun soll.

Die verzweifelte Suche von Eltern nach PsychiaterInnen in der Umgebung, von denen bekannt ist, dass sie bereitwillig die ADHS-Diagnose vergeben, gehört zu den bedrückendsten bzw. eindringlichsten Passagen des analysierten Diskurses. Mehrfach fragen die Eltern im Forum danach, wie es anderen gelungen ist, eine ›Diagnose zu bekommen‹, d. h. wie sie es geschafft haben, sich an den HelferInnendiskurs anzuschließen (und darüber die Zuweisung eigenen Versagens, eigener Erziehungsunfähigkeit zu umschiffen).

Das medizinische System bietet den verzweifelten Eltern Anerkennung. Es liefert mit der Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ein Deutungsangebot, mit dem sich die vorherrschende Problematik über biomedizinische Ursachenzuschreibungen bei den Kindern verorten lässt und Eltern von einer (Erziehungs)Schuld befreit. Gesellschaftliche Rollenerwartungen und Verhaltensnormen, die Eltern verzweifelt zu erreichen suchen, werden dabei nicht in Frage gestellt, insofern das medizinische System diesen zuarbeitet und sich selbst in ihnen konstituiert. Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität bilden die definitorischen Symptomklassen der ADHS-Diagnose, was im Umkehrschluss nichts anderes als die Erwartung impliziert, Kinder sollten sich über einen längeren Zeitraum ausschließlich mit Aufgaben bzw.

Schularbeiten beschäftigen, diese möglichst fehlerfrei bzw. ordnungsgemäß erledigen und sich dabei diszipliniert und ruhig, aber nicht passiv verhalten. Die ADHS-Diagnose repräsentiert damit Voraussetzungen für die Teilnahme am spätkapitalistischen Leistungsbetrieb, die im Kontext Schule und im Kontext Familie eingefordert werden. Diesem Normanspruch zuwiderlaufende Verhaltensweisen werden durch das Schulsystem sanktioniert, im Familiensystem problematisiert und durch das Medizinsystem symptomatisiert. Hier wie da werden Kinder als problematische Objekte betrachtet, deren Anpassung erwartet und forciert wird. Die dem Diskurs über Erziehung wie dem Diskurs über Bildung inhärente Unterscheidung in ›angepasst-normales‹ und ›unangepasst-problematisches‹ Verhalten spiegelt sich in der ›gesund/krank-Logik‹ des biomedizinisch-psychiatrischen Diskurses. Dieser liefert über ein Deutungsangebot, mit dem sich die Problematik einseitig im Kind verorten lässt. Über physiologische Ursachenzuschreibungen und diesen Zuschreibungen entsprechende Hilfsangebot, d. h. Medikamente, wird die Anpassung der Kinder und damit letztlich ein Entsprechen der Eltern in Aussicht gestellt. Das medizinische System bietet mit der ADHS-Diagnose also Unterstützung, ohne elterliches Verhalten oder gesellschaftliche Norm- und Wertvorstellungen in Frage zu stellen. Eltern, die ansonsten mit dem Vorwurf der Erziehungsverfehlung konfrontiert sind und damit mit dem Vorwurf des Versagens gegenüber gesellschaftlichen Anforderungen (Lalouschek, 2005), können sich so aus einem Schuld Diskurs befreien – um sich gleich in einen neuen zu verstricken.

Von der Erziehungs- zur Gesundheitsverantwortung

Durch die ADHS-Diagnose werden Eltern in die moralische Pflicht genommen, ihre Kinder im Rahmen des medizinischen Systems behandeln zu lassen – schließlich handelt es sich um ein medizinisches *Störungsbild*. Sich gegen das biomedizinische Hilfsangebot zu entscheiden, würde nachgerade eine Vorenthaltung medizinischer Hilfe bzw. ein Nichtwahrnehmen von Gesundheitsverantwortung bedeuten. Die biomedizinische Deutungsstrategie verlässt den Schuldtopos also nicht, sondern verlagert

ihn. Eltern werden dann nicht mehr für die Erziehung ihrer Kinder verantwortlich gemacht, sondern stattdessen für deren Gesundheit und damit für deren Behandlung. Die Eltern wissen aber gleichzeitig, dass die Medikamente starke Nebenwirkungen haben können. Mit und ohne Behandlung eröffnen sich hier also Optionen für Beschuldungen.

Wenn Medikamente tatsächlich die gewünschte Wirkung erzielen, wenige Nebenwirkungen auftreten und Kinder sodann dem schulischen Leistungsanspruch gerecht werden, kann all dies in den Hintergrund treten. In diesem Fall wird die medizinische Deutung bestätigt, die Gesundheitsverantwortung wahrgenommen und zudem der gesellschaftliche Erziehungsanspruch erfüllt. Die Attraktivität dieses Szenarios macht nachvollziehbar, warum das medikamentöse Hilfsangebot trotz der Unsicherheit bezüglich der Nebenwirkungen einen derart großen Stellenwert im Alltagsdiskurs über ADHS hat und Eltern auch bei Versagen der Pharmakotherapie lange daran festhalten.

Resumé

Im Durchgang durch die Postings verdichtet sich jedenfalls das Gefühl für die gesellschaftlichen Widersprüche, die sich hinter der Konjunktur des ADHS-Phänomens verbergen. Das auffällige Verhalten der Kinder ist Indiz für eine allgemeine Unruhestimmung und einen Anforderungsdruck, dem die Kinder angesichts schwindender Eigenräume nur durch aggressive Verweigerung oder durch passives Träumen entkommen; beides untergräbt die Autorität von Eltern (vielleicht v. a. von solchen, die sich die gesamtgesellschaftliche Unruhe nicht anmerken lassen wollen). Denn diese sind schließlich verantwortlich dafür, dass ihre Kinder pünktlich und präsentabel und mit gemachten Hausübungen in der Schule erscheinen (nicht zuletzt, um das Zeitregime der Eltern – ihren eigenen Anforderungsdruck – nicht durcheinander zu bringen) etc. Das Problem der Kinder ist also sofort das Problem der Eltern; der selbst verspürte kulturelle Anforderungs- insbesondere Zeitdruck zwingt die Eltern zu Handlungen, die sie eigentlich oft nicht setzen möchten – und treibt sie dem pharmakologisch-biomedizinischen Diskurs über ADHS zu.

Die Diagnose ADHS erleichtert und entlastet die Eltern in aller Regel. Sie steht für die Hoffnung auf Hilfe, für die Hoffnung, der Elternrolle gerecht werden zu können. Sie verspricht das Entsprechenkönnen in einem System, dessen Anforderungen zu Überforderung und Verzweiflung führen. Sie trägt und forciert in Leistungsideologie konstituierte Verhaltensnormen und stabilisiert über die Anpassung der Kinder entsprechende Gesellschaftsstrukturen. Mit dem Angebot der Diagnose ADHS trägt das Medizinsystem dazu bei, diese Dynamik zu entpolitisieren bzw. bestehende (Autoritäts)Verhältnisse zu konservieren. Sie liefert ein Deutungsangebot, mit dem sich die Problematik über biomedizinische Ursachenzuschreibungen bei den Kindern selbst verorten lässt und Eltern damit von einer Erziehungsschuld befreit, sie *anerkennt*. Leidtragende am System bleiben sie weiterhin – und ihre Kinder.

► Anmerkungen

- 1 <http://www.adhs-anderswelt.de>

► Literatur

- Baumann, Zygmund (2005). *Verworfenes Leben. Die Ausgegrenzten der Moderne*. Hamburg: Hamburger Edition.
- Foucault, Michel (2001). *Die Ordnung des Diskurses*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Foucault, Michel (2004). *Geschichte der Gouvernementalität II. Die Geburt der Biopolitik. Vorlesung am Collège des France 1978-1979*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (2005). *Subjekt und Macht*. In Daniel Defert (Hrsg.), *Schriften in vier Bänden. 1980-1988*, Band 4 (S. 269-293) Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Jäger, Siegfried (2009). *Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung*. Münster: Unrast-Verlag.
- Keupp, Heiner (1979). *Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Link, Jürgen (1997). *Versuch über den Normalismus*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Lalouschek, Johanna (2005). *Inszenierte Medizin. Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

Slunecko, Thomas (2008). *Von der Konstruktion zur dynamischen Konstitution. Beobachtungen auf der eigenen Spur*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Weissensteiner, Rosmarie (2013). *Über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung als Deutungsangebot für verzweifelte Eltern – eine kritische Diskursanalyse*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.